

施設名：介護老人保健施設 平成アメニティ

入所 ・ ショート

居室タイプ(希望する項目に○をしてください)

多床室 ・ 従来型個室 ・ どちらでもよい

※状態に応じてお部屋の調整をさせていただくことがございます。

介護老人保健施設入所(利用)申込書【新規 ・ 変更】

当施設では、入所を申し込まれた方に、申込書をご記入いただいています。この申込書の内容をもとに、入所していただく優先度を決めております。また同時に現在のお住まいでの介護や生活がよりよいものとなりますよう、地域包括支援センター等への紹介などもしています。

申込日		平成 年 月 日					
利用者本人	フリガナ			性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	利用者氏名						(歳)
	住所	〒		電話 ()			
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		認定有効期間		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで
	被保険者番号			保険者名		(区市町村)	
申込者	フリガナ			利用者本人との関係			
	申込者氏名						
	住所	〒					
	連絡先電話	(自宅)	(携帯)	(勤務先)	(勤務先名称)		

※申込には、介護保険被保険者証の写しが必要です。

ケアマネージャーについて	相談できるケアマネージャー (いる ・ いない)
	ケアマネージャーの氏名：
	連絡先(事業所名) 電話 ()